

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤٢٥

١٤٢٥

JOURNAL CLUB

Presented by : Bahman Ghasemzadeh
Master of Health Services Management
December 2020

Accepted 20 October 2013

**Evaluation of the Referral System Situation in Family
Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-
2013**

عنوان : بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و
بیمه روستایی در استان های شمالی ایران : ۱۳۹۱



Journal of Mazandaran University of Medical Sciences

Vol. 17, No. 61 Dec., Jan 2019

Print ISSN 1735-9260 Online ISSN 1735-9279

ORIGINAL ARTICLES

- 1. Molecular Identification of *Candida Albicans* Isolated From the Urine of Patients at Four University Hospitals in Mazandaran Province (2018-6)
- 2. Assessment of the effect of combination therapy with Delamanor & Flecainamide on cardiac conduction in major Thalassemia
- 3. The role of Na^+K^+ -ATPase rate dependent properties of ethanol extract of *artica glabra* root on rabbit Ca^{2+} -induced preparation
- 4. Comparison of Two Therapeutic Protocols: Hospital with Apixia vs Prevalence with Apixia, in patients with Documented Rheumatoid
- 5. Comparison evaluation of tracheal intubation with and without succinylcholine administration in emergency department
- 6. Effect of streptococcal on evaluation of experimental subcutaneous encephalomyelitis in C57BL/6 mice
- 7. Comparison of therapeutic effects of Fexofenadine and Mefenamic Acid on Primary Dysmenorrhea
- 8. Relationship between use of Hydroxyurea and Chelation in Patients with Major and Intermediate Thalassemia
- 9. The effect of pH and Polymer type on Release of Diltiazem (DZ) from hydrogellic matrices
- 10. Comparison of Analgesic effect Fentanyl (Fentanyl) Intravenous Preoperative and Intraoperative
- 11. Survey on Intention between Major Thalassemia and Flecainamide with renal tubular damage
- 12. Comparing the Accuracy of Doppler Resistance Index of the Renal Artery with DNA Sequencing in children with Fetal Uterine and Prediction of VOM and acute Pyelonephritis
- 13. Radiological Evaluation of Radiolabelled Defect Healing in Capitan BEADULL Patients
- 14. Adverse Reaction Following Intravenous Immunoglobulin in Primary Immunodeficiency Patients
- 15. Causes of Burns and Their Outcomes in Patients Hospitalized in the Burn Division of Zoro Hospital
- 16. Evaluation of Technical, Protective and Technological operation of Anesthetics in Hospital of Mazandaran Medical Science Universities
- 17. Case Report of 1:1 Hirschsprung's disease among chronic constipated children referring to Burn Hospital from 1997 to 2008
- 18. Study of Psychiatric knowledge, attitude, and practice toward compulsory admission of psychiatric patients and its related issues in Iran in 2008

BRIEF REPORTS

- 1. Study on Nitrate Value in Rural Area in Arak City
- 2. Utilization Pattern of Antibiotics in Different Wards of Sari Imam Khomeini Teaching Hospital
- 3. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in Sari City, 2009-2008

REVIEW ARTICLE

- 1. Natural product as potential of radioprotective agents

در فهرست مجلات داخلی مورد تایید وزارت بهداشت یافت شد

نوع نشریه	صاحب امتیاز	نام مجله
علمی-پژوهشی	دانشگاه علوم پزشکی مازندران	دانشگاه علوم پزشکی مازندران



Journal of Mazandaran University of Medical Sciences						
p-ISSN	Publisher	Country	SJR	H index	CiteFactor	Best Quartile
17359260	Mazandaran University of Medical Sciences	Iran, Islamic Republic of	0.171	16	0.8	Q4

در فهرست مجلات نمایه شده DOAJ دسترسی آزاد یافت شد

Title	Publisher
journal of mazandaran university of medical sciences	mazandaran university of medical sciences

در فهرست مجلات نمایه شده ISC دارای ضریب یافت شد

Title	ضریب ISC
مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۰.۰۶۴

Abstract

Background and purpose: Health care system is organized at three levels in order to increase efficacy and effectiveness and create justice and also people availability. Considering the three levels of primary health care, access of people to specialized services through referral system is possible. With regard to the importance of referral system in family physician program, this study was performed to evaluate the function of referral system and network system in Northern provinces of Iran.

Material and methods: This analytic study was performed in autumn of 2012 and winter of 2013. Twenty five percent of health centers (139 centers from 552) which implement the family physician program and rural insurance coverage by medical universities of Golestan, Mazandaran, Babol and Guilan were randomly selected. In each center, 7-8 patients who were referred to level 2 by their family physician and received necessary services were evaluated. They were at their homes at inquiry time.

Results: From 963 patients who received the level 2 services, 687 cases (71%) were females and 276 (29%) were males. Three hundred and twenty cases (33%) had referral form from health house. Only 299 (31%) persons referred to the centers because of diagnosis of family physician and in 161 (17%) of cases, the family physician had a role to choose a specialist of level 2. For 155 (16.1%) of cases, the specialists wrote the results of their evaluation in feedback form. Only 149 (15.5%) of patients returned to their family physicians. Six hundred ninety-seven (79.6%) of patients did not return to their family physician because of lack of knowledge.

Conclusion: The results of this study showed that many principles for referral system from level 1 to higher levels and vice versa are not considered that require education, reformation and intervention in this field.

۱-مقدمه: بررسی عملکرد نظام ارجاع

۲- روش کار: ۷-۸ بیمار در هر ۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز در استان های گلستان، مازندران و گیلان در مجموع ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی و رعایت قواعد نظام ارجاع

۳- یافته ها:

الف) ۳۳ درصد دارای فرم ارجاع از خانه بهداشت
ب) ۳۱ درصد ضرورت ارجاع بنا به تشخیص پزشک خانواده
ج) ۱۶٫۱ درصد پسخوراند نتایج ویزیت پزشک متخصص (سطح ۲) به پزشک خانواده (سطح ۱)
د) ۱۵٫۵ درصد بازگشت از سطح ۲ نزد پزشک خانواده
ه) ۸۵٫۳ درصد عدم آگاهی از بازگشت نزد پزشک خانواده (سطح اول)

۴- کلید واژه ها

نظام ارجاع، پزشک خانواده، بیمه روستایی، مرکز بهداشتی درمانی

مقدمه

نظام ارجاع

مهمترین هدف اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت همین ارائه خدمات سطح بندی شده در قالب نظام ارجاع می باشد.

بر اساس این سیستم، متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و تشکیل پرونده می دهند.

مراجعه کننده در نقطه تماس اول توسط کارکنان تیم سلامت شامل بهورز/ مراقب سلامت و پزشک خانواده در سطح اول خدمات، مراقبت می شوند.

در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده بیمار را به صورت هدایت شده و پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر (تخصصی، فوق تخصصی، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می دهد.

واحد ارائه دهنده خدمات سلامت سطح دو موظف است با ارائه بازخورد کتبی، (در فرم باز خورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. تا در پرونده سلامت فرد توسط پزشک خانواده مربوطه درج گردد.

این زنجیره ارائه خدمات از سطح اول به سطوح بالاتر و بالعکس را نظام ارجاع سلامت می نامند.

مقدمه

ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول و دوم و سوم

آمریکا : ضریب اشغال تخت در سطح حاشیه ای سیستم در ۷۱ مرکز بیمارستانی پایین بوده که به دلیل قطع کامل نظام ارجاع بود.

عربستان : کاهش ۴۰,۶ درصد در بیماران سرپایی و افزایش ۱۹,۲ درصد در ارجاعات

Coleman : ۵۵ درصد بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، می توانستند در سطح یک و توسط پزشک عمومی مراقبت شوند.

سازماندهی سطوح خدمات با نظام ارجاع موجب تامین ۸۰-۹۰ درصد نیازهای سلامت در سطح اول می شود.

روش کار

روش کار

مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی پیمایشی در نیم سال دوم ۱۳۹۱ انجام شده و جامعه پژوهش بیماران دارنده دفترچه بیمه روستایی و توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع و خدمات دریافت کرده اند

۱- انتخاب مراکز بهداشتی درمانی بصورت تصادفی (۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان)
گیلان ۱۶ شهرستان، مازندران ۱۷ شهرستان، گلستان ۱۴ شهرستان

۲- انتخاب ۱۰۶۷ بیمار (۷-۸ بیمار ارجاعی در هر مرکز)

روش کار

۳- ابزار جمع آوری : پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۴ بخش

الف) متغیرهای فردی ب) ارجاع به سطح اول ج) ارجاع به سطح دوم د) بازگشت بیمار به سطح یک



۴- داده ها جمع آوری، کدگذاری و وارد نرم افزار گردید.



۵- آزمون مجذور کای دو برای متغیرهای کیفی در نرم افزار SPSS

(سطح معناداری $P < 0.05$)

- ۱- متغیرهای فردی شامل ۴ سوال (محل سکونت، سن، جنس، شغل بیماران)
- ۲- ارجاع به سطح اول شامل ۶ سوال (داشتن فرم ارجاع از خانه بهداشت، جنس پزشک خانواده، طرف تشخیص دهنده ضرورت یا نیاز به ارجاع، ارسال پسخوراند به خانه بهداشت، هماهنگی با سطح ۲، طرف تعیین کننده پزشک متخصص سطح ۲)
- ۳- ارجاع به سطح دوم شامل ۶ سوال (محل مراجعه، جنس پزشک متخصص، نوع تخصص، نوع خدمات دریافتی، فاصله زمانی ارجاع تا پذیرش و ارائه پسخوراند به سطح ۱)

۴- بازگشت بیمار به سطح ۱ و اقدامات انجام شده در طول فرآیند ارجاع با ۵ سوال (مدت زمان برگشت به پزشک خانواده، ثبت نتایج خدمات دریافتی در پرونده سلامت، پیگیری های تلفنی توسط پزشکان خانواده و بهورزان و درنهایت دلایل عدم بازگشت) روایی و پایایی مورد تایید قرار گرفته است.

نتائج

نتایج

۱. ارسال پسخوراند از پزشک متخصص به پزشکان خانواده کمتر از ۲۰ درصد می باشد

۲. عمده بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول نزد پزشکان خانواده برنمی گردند

۳. میزان پیگیری پزشکان خانواده و بهورزان از بیماران ارجاعی کمتر از ۱۰ درصد است

۴. از بین بیمارانی که به سطح اول بازگشتند نتایج ویزیت تنها در ۵۰ درصد موارد در پرونده سلامت ثبت گردید.

علل عدم بازگشت از سطح دوم به سطح اول نزد پزشکان خانواده

۱. ۸۵,۳ درصد عدم آگاهی

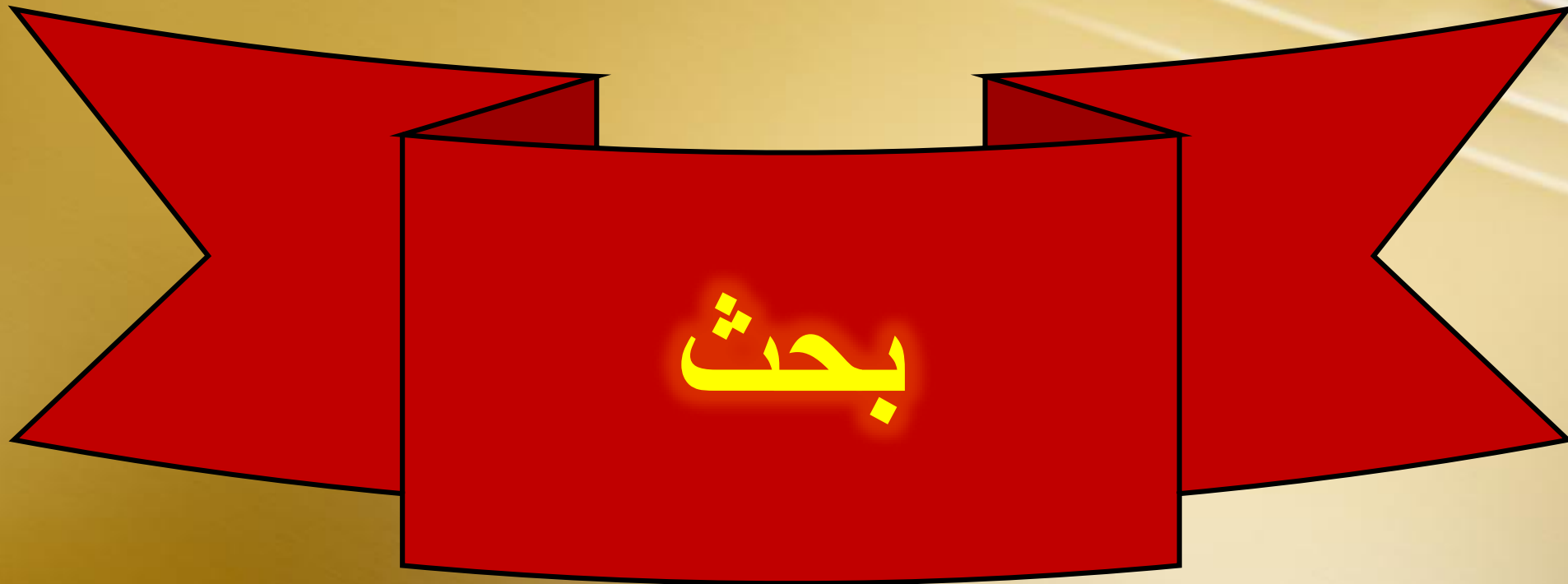
۲. ۶,۵ درصد احساس عدم نیاز

۳. بقیه سایر موارد

میزان رعایت قواعد ارجاع در سطح ۱ و ۲ نظام شبکه در استان های شمالی کشور

جدول شماره ۱: جدول شماره ۱: میزان رعایت قواعد ارجاع در سطح ۱ و ۲ نظام شبکه در استان های شمالی کشور

سطح معنی داری	گلستان تعداد (درصد)	گیلان تعداد (درصد)	مازندران تعداد (درصد)	قواعد نظام ارجاع
۰/۰۰۱	(۴۶)۱۵۲	(۴۷)۱۲۴	(۱۲)۴۴	مراجعه بیمار به پزشک خانواده با فرم ارجاع از خانه بهداشت
۰/۰۰۱	(۲۰)۲۵	(۷۳)۹۱	(۵۹)۲۶	ارسال پسخوراند از پزشک خانواده به خانه بهداشت
				تشخیص ضرورت ارجاع به سطح ۲
۰/۰۰۱	(۲۸)۹۳	(۴۰)۱۰۶	(۲۸)۱۰۰	پزشک خانواده
	(۷۲)۲۴۰	(۶۰)۱۵۹	(۷۲)۲۶۴	بیمار
				انتخاب پزشک متخصص سطح ۲
۰/۳۸۹	(۱۷)۵۷	(۱۹)۵۰	(۱۵)۵۴	پزشک خانواده
	(۸۳)۲۷۶	(۸۱)۲۱۵	(۸۵)۳۱۱	بیمار
				محل پذیرش بیماران ارجاعی
۰/۰۰۱	(۳۶)۱۲۱	(۴۲)۱۱۷	(۵۸)۲۱۰	بیمارستان شهرستان
	(۶۴)۲۱۲	(۵۶)۱۴۸	(۴۲)۱۵۵	مطب های خصوصی طرف قرارداد
۰/۰۰۱	(۱۰)۳۲	(۲۵)۶۶	(۱۶)۵۷	ارسال پسخوراند از پزشک متخصص به پزشک خانواده
۰/۰۰۱	(۱۳)۴۴	(۲۳)۶۱	(۱۲)۴۴	بازگشت بیمار به سطح اول (بعد از دریافت خدمات سطح ۲)
۰/۰۰۱	(۲۵)۱۱	(۷۹)۴۸	(۳۶)۱۶	ثبت نتایج و ویزیت و اقدامات سطح ۲ در پرونده سلامت (در صورت برگشت به پزشک خانواده)
				میزان برقراری ارتباط بهورزان و پزشک خانواده به منظور پیگیری بیماران در طول فرایند ارجاع
۰/۲۰۵	(۱/۸)۶	(۰/۴)۱	(۰/۸)۳	حضور
	(۰/۹)۳	(۲)۵	(۰/۵)۲	تلفنی
۰/۰۰۱	(۵)۱۷	(۷)۱۸	(۲/۷)۱۰	حضور
	(۷)۲۳	(۳)۸	(۲)۷	تلفنی
				پزشکان خانواده



- حدود دو سوم از بیمارانی که توسط پزشکان خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند، بدون ارجاع از خانه بهداشت مستقیم به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند.

- مراجعه مستقیم مردم به مرکز بهداشتی درمانی مغایر با اعلامیه جهانی آلماتا و اهداف نظام شبکه بهداشت و درمان ایران بود (استفاده از کارکنان غیرپزشک (بهورز) در راستای کاهش هزینه) و می تواند منجر به تضعیف نظام ارجاع در سطح اول شبکه شود و شاید وابسته به اعمال نظر بعضی از مدیران که معتقدند دسترسی مردم به پزشک خانواده منوط به ارجاع بهورز موجب افزایش نارضایتی شود (بعضی از مردم مراجعه به خانه بهداشت و تهیه فرم ارجاع از بهورز را یک کار اضافی و بدون فایده میدانند)

- حدود دو سوم ارجاع به سطح ۲ بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت

- یکی از چالش های طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می باشد که می تواند کارآمدی طرح را زیرسوال ببرد و باید تدابیر کنترل کنندگی به عمل آید. خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت ها و بیمارستان ها می شود و اگر به وسیله پزشک عمومی غربالگری شوند از حجم واحدهای سطوح بالاتر کاسته و در اعمال هزینه ها صرفه جویی می شود.

- عدم آگاهی بیماران علت اصلی عدم بازگشت آنان از سطح ۲ خدمات به سطح اول نزد پزشک خانواده ارجاع دهنده

- ارایه پسخوراند پزشکان خانواده به خانه های بهداشت و ارایه پسخوراند پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده. در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت و درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پایین تر را در نامه کتبی و فرم های استاندارد قید و موارد نیاز به پیگیری را برای منبع ارجاع کننده مشخص نمایند.

- کمیت ارایه پسخوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین تر نظام شبکه در حال کاهش می باشد
- بالاتر بودن میزان ارایه بازخورد توسط متخصصان اعصاب و روان نسبت به سایر متخصصین
- عدم آگاهی بیماران علت اصلی عدم بازگشت آنان از سطح ۲ خدمات به سطح اول نزد پزشک خانواده ارجاع دهند
- حدود ۶۰ درصد از بیماران نتایج ویزیت و اقدامات انجام شده در پروند سلامت ثبت نگردید.
- این عامل باعث کاهش رغبت بیماران در موارد بعدی می شود.
- پیگیری اندک بهورزان و پزشکان خانواده در خصوص سرنوشت بیماران ارجاع شده از طریق تماس تلفنی یا مراجعه حضوری
- در مجموع مطالعه حاضر نشان داد که بسیاری از قواعد نظام ارجاع در حد انتظار رعایت نشده است و نیاز ضروری به مداخله و بهبود دارد.

نقد و بررسی

۱. معیارهای ورود و خروج شرکت کنندگان در مطالعه بیان نشده بود. باتوجه به فرهنگ های متفاوت و توجه به این نکته که حدود دو سوم بیماران ارجاعی را زنان تشکیل داده اند (عدم تمایل به پاسخ دهی و رضایت اندک آنان در خصوص حضور در مطالعه)
۲. محدودیت های موجود بر سر راه تحقیق عنوان نشده بود.
۳. پیشنهادات محقق در مورد مطالعات آینده ذکر نشده بود.
۴. به عواملی همچون قوانین و الزاماتی که می بایست در زمینه بهبود نظام ارجاع در کشور تدوین و اجرایی گردد اشاره نشده بود.
۵. به زیرساخت هایی همچون آموزش پرسنل مراقبت های بهداشتی و سیستم اطلاعات سلامت (نرم افزارهای بیمارستانی و شبکه های بهداشت) و کاستی های آن اشاره نشد.

Accepted 7 November 2019

Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach

عنوان : ارزیابی اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی در سال ۱۳۹۶

۱- هدف: ارزیابی اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی

۲- روش کار: انجام مطالعه بر روی ۲۳۸ نفر از مدیران و کارشناسان بهداشتی و بیمه سلامت منتخب از ۱۲ شهرستان به صورت سرشماری و ارزیابی برنامه پزشک خانواده در سه حیطه ساختار، فرآیند و نتایج با استفاده از پرسشنامه

۳- یافته ها:

میانگین امتیاز حیطه ساختاری، فرآیندی و نتایج برنامه پزشک خانواده روستایی به طور معناداری بالاتر از برنامه پزشک خانواده شهری بود. مهم ترین بعد حیطه ساختاری در برنامه پزشک خانواده شهری، تجهیزات (3.35 ± 0.76)، درحیطه فرآیندی، مراقبت بیماری های غیر واگیر (3.15 ± 1.06) و در حیطه نتایج نیز تجویز منطقی دارو (3.07 ± 1.02) بود. در برنامه پزشک خانواده روستایی، در حیطه ساختاری مهم ترین بعد، فضای فیزیکی (4.41 ± 0.60)، و در حیطه فرآیندی و نتایج نیز به ترتیب سلامت مادران و کودکان (4.20 ± 0.90) و بهبود شاخص های آموزش بهداشت (4.33 ± 0.76) اهمیت بیشتری داشتند.

۴- نتیجه گیری: در ابعاد سه گانه ساختاری، فرآیندی و نتایج، برنامه پزشک خانواده روستایی وضعیت نسبتاً بهتری نسبت به برنامه پزشک خانواده شهری داشت.

۵- کلید واژه ها

پزشک خانواده، جمعیت شهری، جمعیت روستایی، ارزیابی فرآیند

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، برنامه پزشکی خانواده را در راس تلاش های نظام سلامت برای بهبود کیفیت، هزینه و عدالت در مراقبت های سلامت معرفی کرده است. این برنامه اکنون با چالش های زیادی روبه رو است. معکوس شدن درصد جمعیت روستایی و شهری، توسعه نامتناسب شهرها، تغییر سیمای بیماری ها، مشارکت پایین جامعه و سهم پایین اعتبارات حوزه بهداشت از منابع عمومی کشور از مهمترین این چالش ها هستند. ضعف های موجود در ساختار و اجرای برنامه نیز موجب شده تا دستیابی به اهداف تعیین شده کمتر از حد انتظار باشد. از این رو مطالعه دقیق این برنامه و اصلاح ساختار و فرآیندهای اجرایی آن ضروری به نظر می رسد.

آنچه مورد نیاز مدیران ارشد و سیاستگذاران نظام سلامت است، اطلاعات مبتنی بر شواهد علمی و جامع از وضعیت اجرای برنامه پزشکی خانواده است. این اطلاعات زمینه تصمیم گیری و سیاست گذاری صحیح در خصوص ادامه و یا اصلاح این برنامه را فراهم می نماید. با این حال مطالعات کمی به ارزیابی برنامه پزشکی خانواده شهری و روستایی در کشور با توجه به محتوی زنجیره ای و فرآیندی پرداخته اند. مطالعه حاضر علاوه بر کمک به شناخت بهتر نقاط ضعف و قوت برنامه ها، با استفاده از الگوبرداری، انجام اصلاحات اثر بخش را تسهیل می کند.

مقدمه

در مطالعه Kabir در ارزیابی میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات ،رضایت کلی ارائه دهندگان خدمت برابر ۳.۵ از ۵ امتیاز و بالاتر از حد متوسط بوده است.

در مطالعه Hooshmand مهمترین چالش های برنامه را سیستم اطلاعات،نظام پرداخت، ارزشیابی عملکرد و تسهیلات و امکانت بیان کرد.

Kashfi در ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده روستایی در پنج حیطه مدیریت، عملکرد، قوانین و مقررات، مشارکت جامعه و نتایج، کمترین و بیشترین امتیاز را در حیطه های مشارکت جامعه و نتایج یافت.

Abedi نقاط قوت برنامه پزشک خانواده شهری را دسترسی آسان به خدمات ، سطح بندی خدمات و کاهش هزینه های غیر ضروری تبیین کردند. همچنین نقاط ضعف در مدیریت،منابع انسانی و فیزیکی،نظام ارجاع،پرونده الکترونیک سلامت،مکانیسم پرداخت،هماهنگی درون بخشی و نظام کنترل و ارزشیابی مشاهده شد.

روش کار

روش کار

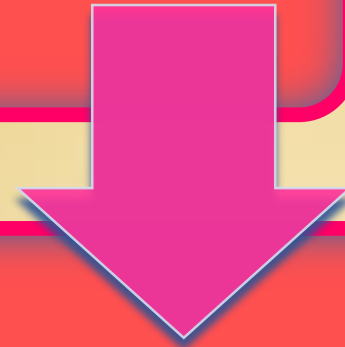
انتخاب چهار گروه شامل کارشناسان مسئول مراکز بهداشت (واحدهای بهداشت خانواده، بیماری های واگیر و غیر واگیر) کارشناسان واحدهای مذکور، سازمان حمایت کننده (مسئول و معاون سازمان بیمه سلامت) و مدیران ارشد (روسا و معاونین)

معیار ورود برای مدیران ارشد، حداقل یک سال تجربه در واحد مربوطه و عضویت در کمیته راهبردی پزشک خانواده بود. برای گروه کارشناسان مسئول و کارشناسان نیز حداقل یک سال تجربه در پست مربوطه و ارتباط با برنامه های پزشک خانواده بود. معیار برای ورود مدیران بیمه سلامت شهرستان، حداقل یک سال تجربه و آگاهی از برنامه پزشک خانواده بود.

۱۲ شهرستان پرمعیت منتخب شامل
آمل، رامسر، تنکابن، چالوس، نوشهر، نور، نکا،
بهشهر، گلوگاه، بابلسر، قائم شهر و ساری

روش کار

جمع آوری داده ها با پرسشنامه
ارزیابی میزان موفقیت برنامه
پزشک خانواده روستایی و شهری
در سه حیطه ساختار، فرآیند و
نتایج از دیدگاه مدیران و
کارشناسان



تجزیه و تحلیل داده ها با
استفاده از نرم افزار SPSS
نسخه ۲۱ و آزمون های آماری
کولموگروف اسمیرنوف،
فریدمن، کروسکال والیس و
من ویتنی و $P < 0.05$ معنی دار
در نظر گرفته شد.

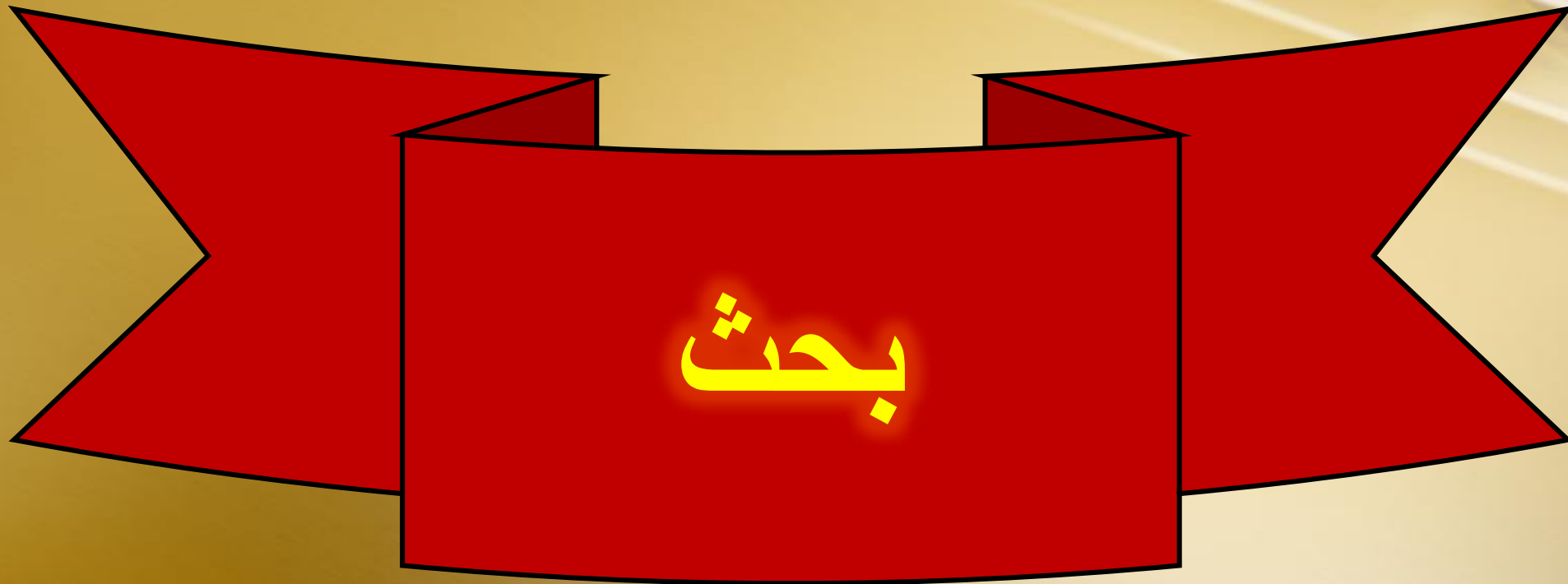
نتائج

نتایج

میانگین امتیاز برنامه پزشکی خانواده روستایی در حیطه های ساختاری، فرآیندی و نتایج به طور معنی دار بالاتر از امتیاز برنامه پزشکی خانواده شهری در این حیطه ها بوده هاست.

مهمترین ابعاد حیطه ساختاری در برنامه پزشکی خانواده شهری به ترتیب ابعاد تجهیزات و فضای فیزیکی بودند. در حیطه فرآیندی، ابعاد مراقبت های بیماری غیرواگیر و پایش و ارزشیابی و در حیطه نتایج نیز، تجویز منطقی دارو اهمیت بیشتری داشته است. در برنامه پزشکی خانواده روستایی، در حیطه ساختاری مهمترین بعد ، فضای فیزیکی، در حیطه فرآیندی و نتایج نیز به ترتیب سلامت مادران و کودکان و بهبود شاخص های آموزش بهداشت بود.

از نظر مدیران سازمان بیمه سلامت برنامه پزشکی خانواده روستایی و شهری به ترتیب در حیطه های ساختاری و نتایج بیشترین موفقیت را داشته اند. مدیران ارشد معتقد بودند بیشترین موفقیت هر دو برنامه پزشکی خانواده شهری و روستایی در حیطه فرآیندی بوده است. کارشناسان مسئول نیز حیطه ساختاری را موفق ترین حیطه برنامه شهری و روستایی می دانستند. با این وجود تفاوت بین نظرات گروه های شرکت کننده در هیچ کدام از حیطه های مورد بررسی معنی دار نبود. ($p>0.05$)



بحث

- برنامه پزشک خانواده روستایی به طور معنی دار موفق بوده است. در مطالعه **Khedmati** نیز برنامه پزشک خانواده روستایی موفق تر از برنامه پزشک خانواده شهری بوده است.
- کمترین امتیاز در هردو برنامه خانواده شهری و روستایی در حیطه ساختاری مربوط به دریافت به هنگام و بهینه اعتبارات موردنیاز از مقامات بالادستی بوده است. در مطالعه **Mohammadian** نیز بحث تامین مالی مهمترین چالش برنامه معرفی شد.
- درحیطه فرآیندی، کمترین موفقیت برنامه خانواده شهری مربوط به عدم آموزش کافی برای اعضای تیم سلامت بود. **Mohammadi** نیز نشان داد که کمبود آموزش دانشگاهی برای اعضای تیم سلامت، درمان محور بودن آموزش ها و ضعف در آموزش بدو خدمت سه چالش اصلی برنامه پزشک خانواده در این حوزه است.

بحث

- در برنامه پزشک خانواده روستایی، پایین ترین امتیاز در حیطه فرایندی مربوط به اجرای برنامه مراقبت بیماری های غیرواگیر بود. **Hosseini** نشان داد که در برنامه پزشک خانواده روستایی تنها ۱۷ درصد بیماران دیابتی تحت پوشش از مراقبت مطلوب برخوردار بودند.
- در حیطه نتایج، در هر دو برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی کمترین امتیاز به ارجاع معکوس از سطح دو به پزشکان خانواده داده شد. **Khedmati** نشان داد که هر دو برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در بازخورد ارجاع از سطوح بالاتر دچار مشکل هستند.

بحث

- در ابعاد سه گانه ساختار، فرآیندی و نتایج، پزشک خانواده روستایی وضعیت نسبتاً بهتری نسبت به خانواده شهری دارد.
- پیشنهاد میشود فرایند نظام‌های ارجاع معکوس مورد بازبینی قرار گرفته و راهکارهای اصلاحی جهت مشارکت بیشتر پزشکان متخصص و بخش خصوصی به کار گرفته شود.
- در برنامه مراقبت بیماری‌های غیرواگیر با توجه به رشد عوامل خطر آن در سال‌های اخیر، توجه بیشتر مدیران جهت برنامه ریزی و سیاست گذاری اصولی و مبتنی بر شواهد ضروری است.

نقد و بررسی

۱. محدودیت های موجود بر سر راه تحقیق عنوان نشده بود.

۲. به عواملی همچون قوانین و الزاماتی که می بایست در زمینه بهبود نظام ارجاع در کشور تدوین و اجرایی گردد اشاره نشده بود.

Accepted 27 February 2016

**The performance of rural family physicians in Fars
province, Iran**

عنوان : بررسی نحوه ی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان
فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲

AFRICAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE & FAMILY MEDICINE

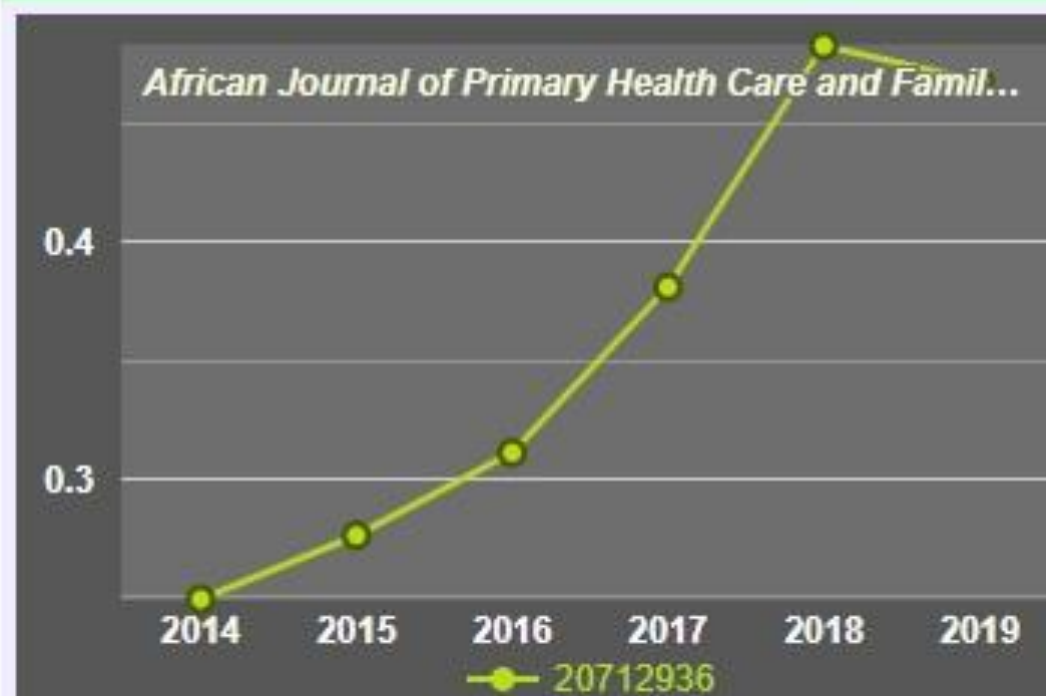
Address (Country) :

POSTNET SUITE 55, PRIVATE BAG X22,
TYGERVALLEY, CAPE TOWN, SOUTH AFRICA,
00000

Coverage :

Emerging
Sources Citation
Index

در فهرست مجلات نمایه شده [Scopus](#) یافت شد



African Journal of Primary Health Care and Family Medicine						
e-ISSN	Publisher	Country	SJR	H index	CiteFactor	Best Quartile
20712936	OpenJournals Publishing AOSIS (Pty) Ltd	South Africa	0.468	15	1.2	Q2

Original Article

The performance of family physician program in rural areas of Fars province

Seyyed Mansour Kashfi¹, Mahdi Ali Khani¹

¹Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Background: Family physician (FP) program is a community-based approach to improve individuals' confusion when going to the doctor and the performance, strengths, and weaknesses of FP program in rural areas. The purpose of this study was to assess the performance of FP program in rural areas of Fars province were selected via stratified sampling and the questionnaire that included five domains, namely, performance, strengths, and weaknesses of FP program, individuals' confusion when going to the doctor, and the correlation coefficient. **Results:** Among the domains, the highest scores were related to community involvement and the lowest scores were related to individuals' confusion when going to the doctor. **Conclusion:** Considering the results of this study, it is suggested that increasing satisfaction among physicians and individuals is a priority.

Keywords: Family physician program, performance, strengths, and weaknesses of FP program, individuals' confusion when going to the doctor, and the correlation coefficient.

Introduction

One of the most important events in evolution of health care is the development of health care services. The development of health care services is international decision to accept primary health care (PHC) system to achieve objectives, such as social justice in access to health care, reduction of health-care costs,^[1-3] PHC is essential health care accessible to all individuals and communities. The principal of the health-care system and social development. It is also the first contact point between families, and society one the one hand and the health-care system on the other.^[4] In the past few decades, positive results have been achieved in the development of health care services.

Address for correspondence: Dr. Ali Khani, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran. E-mail: khani.1512@gmail.com

Access this article online

Quick Response Code:



Website:

www.jfmpc.com

DOI:

[10.4103/jfmpc.jfmpc_22_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_22_17)

Kashfi, *et al.*: Performance of FP program

these individuals, 500 had tried self-care, 250 had gone to a general practitioner, 9 were referred to a specialist, and 5 were sent to a community hospital for hospitalization. Only one patient was referred to a university-specialized hospital for hospitalization.

RS is organized such a way that patients whose diseases cannot be diagnosed by lower level practitioners are referred to higher level with eligible employees who are able to provide more specialized services in a broader scope using advanced technologies.^[5] On the one hand, different levels of services prevent frequent and unnecessary referrals to specialty levels and waste of human and material resources. Thus, it is an appropriate approach to control the costs and increase alignment between general practitioners and specialists. On the other hand, overlooking the RS can break down the chains of the health-care system, increase the costs, and damage the quantity and quality of services.^[6]

Health system reforms in various countries, including Iran, are always inevitable to encounter new and changing needs and expectations in the area of health.^[6] In our country, design and application of family physician (FP) and RS were considered as the foundation for the process of reforming the health system with the aim of maximizing health status, increasing health-care coverage, reducing unnecessary costs, reforming payment systems, and increasing accountability in the health market.^[1,2,8] In the FP program, medical activities are health oriented and the general objective of the project is protecting and promoting public health and providing health services in defined limits to individual and families.^[6,7] Perhaps the simplest form of evaluating the FP program is measurement of service recipients' satisfaction that should be considered in planning, implementation, and evaluation of rural programs as the most pivotal indicator of success of rural medical services and insurance.^[11]

FP program is a comprehensive health and treatment system whose most important outcomes include elimination of individuals' confusion when referring to the doctor and increase in their satisfaction with health services. It also minimizes the waste of resources and is thus economically viable.

It seems that in order to respond to individuals' health needs and to cope with the steep rise in health-care costs and prevent its adverse effects on people's health, the government has no choice but to continue implementation of the rural FP program and pilot it at the urban level.

According to what was mentioned above and given the dearth of studies in this area in Fars province since the beginning of the FP program, the present study aims to evaluate the performance of the province's rural FPs. The results can be used to help achieve the goals of this program.

Materials and Methods

The present cross-sectional (descriptive-analytical) study was carried out to assess the performance of FPs in 2013. The

Kashfi, *et al.*: Performance of FP program

Results

This study was conducted on 52 physicians covered by Shiraz University of Medical Sciences. Among the participants, 56.9% ($n=29$) were female and 43.1% ($n=22$) were male. The highest and lowest mean scores were related to outcomes (23.52 ± 3.0) and community involvement (3.93 ± 0.81), respectively [Table 1]. Indeed, individuals' satisfaction with the FPs and health team was more than 90% in the domain of outcomes.

The study results revealed a significant relationship between most of the domains [Table 2]. However, the results of *t*-test indicated no significant relationships between gender and mean scores of different domains ($P > 0.05$) [Table 3].

The mean scores of different domains in different cities have been summarized in Table 4. Accordingly, the results of Kruskal-Wallis test showed a significant difference among different cities in the province regarding the total score of the questionnaire ($P = 0.003$). However, no significant difference was found among different cities with respect to the domain of management ($P = 0.062$) and performance ($P = 0.192$). On the other hand, significant differences were found among different cities concerning contract and regulations ($P = 0.006$). Accordingly, the lowest (14 ± 0) and highest (25 ± 0) scores were related to Grash and Khonj, respectively. There were also significant differences among different cities with regard to the domains of community involvement ($P = 0.005$) and outcomes ($P = 0.03$).

Discussion

FP program is one of the most effective ways to improve individuals' equitable access to health services. In addition to providing individuals with required services, this program prevents abuse of these needs by health-care providers.^[12]

Domains	Mean score	SD	Maximum	Minimum
Management	17.29	1.87	12	19
Performance	18.11	3.82	11	25
Contract and regulations	19.49	3.18	14	25
Community participation	3.93	0.81	2	5
Outcomes	23.52	3.04	15	26
Total	86.44	9.29	55	100

Domain	Performance	Contract and regulations
Management	r -Value = 0.573*	
Performance	r -Value = 1	
Contract and regulations	r -Value = -	
Community participation	r -Value = -	
Outcomes	r -Value = -	

Kashfi,

In Hafezi's study, satisfaction of individuals with FPs and health-care teams was more. Nonetheless, Khyabani *et al.* found that individuals were satisfied with FPs.^[16]

The results of the study by Afkar revealed that from the perspective of service recipients, the strengths of the program included reduced treatment costs, free services, and access to physicians. On the other hand, its weaknesses included the performance of hospitals and lack of service delivery on 24/7 basis.^[14]

The findings of the research by Azizi showed that when asked to rate their satisfaction with various aspects of the program, 9.47%, 20.04%, 33.09%, 15.12%, and 22.28% of rural people selected very high, high, medium, low, and very low, respectively.^[17] People's satisfaction can be attributed to the presence of health-care teams, keeping health records, and more effective care, reduced health-care costs, and access to physicians and pharmacists. On the other hand, dissatisfaction can be due to lack of trust in FPs and lack of continuity in FPs' prescriptions.

The current study findings revealed statistical differences among different cities with respect to management rates. Accordingly, the lowest scores were related to Zarrindasht, while the highest score belonged to Rustam. Generally, rural health centers have

Domains	Gender	
	Male	Female
Management	17.81±1.56	16.89±2.2
Performance	22.09±3.66	22.13±4.4
Contract and regulations	19.5±3.39	19.48±3.3
Community participation	4.06±0.76	3.83±0.7
Outcomes	23.73±2.29	23.36±3.3
Total	87.37±8.51	85.73±10.2

Cities/Domains	Management	Performance
Lar	17.24±2.58	23.52±2.92
Darab	17.83±1.16	21.14±2.8
Zarrindasht	12±0	11±0
Rostam	18±0.4	24.5±1.22
Grash	15±0	24±0
Bavanat	15±0	20±0
Neyriz	17±1.4	24.5±0.7
Khonj	19±0	25±0
Eghlid	17±0	24±0
Shiraz	17.8±1.64	24±1
Mamasani	16.62±1.59	22.37±2.17
Ghir	17.75±0.95	20.25±1.25

Kashfi, *et al.*: Performance of rural family physicians

Furthermore, physicians should increase the communication between health teams and public and local authorities to solve the problems of community involvement in health care. They can also use rural health communicators to increase satisfaction. Last but not the least, distribution of payments among health centers personnel should be fair and performance-based.

One of the strengths of this study was participation of FPs in rural areas of Fars province that do important activities in the most context-specific level of services. On the other hand, the weakness of this study was its small sample size ($n = 52$) that could limit the generalizability of the results to larger societies.

Acknowledgments

The researchers appreciate all the respected physicians and staff working in FP program and all individuals who played a role in this study. Thanks also go to Ms. A. Kavianshokouh at the Research Improvement Center of Shiraz University of Medical Sciences for improving the use of English in the manuscript.

Financial support and sponsorship

Nil.

Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

References

- Khayati F, Saberi M. Primary health care (PHC) as a strategy for health equity extension. *JHA* 2009;12:33-40 [In Persian].
- Jatrapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors. *BMC Family Practice* 2007;8:1-6.
- Bric V, Gregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Can Family Physician* 2012;58:275-81.
- Habib Zadeh R. Family physician and referral system, challenges and hopes. The Congress of the role of family physicians in the health system; Jun 2012; Mashhad, Iran.

Mashhad University of Medical Sciences; 2012 June. 24-25. p. 56 [In Persian].

- Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *EMH* 1997;3:236-53.
- Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1972;22:297-309.
- Nasrollahpour Shrivani SD, Mikanik E, Ashrafi Amir H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, *et al.* Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;23:27-35.
- Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the strengths and weaknesses of family physician program. *Knowledge Health* 2010;4:39-44 [In Persian].
- Rashidian A, Karimi-Shahanjari A, Khosravi A, *et al.* Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey - 2010: Study Protocol. *Int J Prev Med* 2014;5:632-42.
- Hafezi Z, Asgari, Momayyezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Toloo-e-Behdasht* 2009;8:16-26 [In Persian].
- Takian A, Doshmangir I, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract* 2013;30:551-9. doi: 10.1093/fampra/cmt025. Epub 2013 Jun 20.
- Ministry of Health and Medical Education (Department Health, the Center Network Management). Tehran, Iran: What You Should Know About Your Family Doctor. 2012, p. 11.
- Evans D, Tandon A, Murray Ch, Lauer J. Comparative efficiency of national health systems in producing health: An analysis of 191 countries. *BMJ* 2001;323:307-10.
- Afkar A, Pourza A, Khodabakhshi Njad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. *JHOSP* 2013;12:39-48 [In Persian].
- Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, *et al.* Future of family medicine project leadership committee. The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 1):3-32.
- Khyabani Tanha B, Mazlum Razavi R. Evaluating the results of monitoring health centers in the city of Mashhad in 1390 family physicians. The Congress of the role of family physicians in the health system; Jun 2012; Mashhad, Iran. Mashhad University of Medical Sciences; 2012 June. 24-25. p. 43 [In Persian].
- Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab county villagers' satisfaction with family doctor functions from different aspects. *JFUMS* 2012;2:193-8 [In Persian].

ABSTRACT

Background: Family physician (FP) program is a complete health-care system whose most important results are elimination of individuals' confusion when going to the doctor and increase in their satisfaction with health services. This study aimed to evaluate the performance, strengths, and weaknesses of FP program. **Materials and Methods:** In this cross-sectional study, 52 FPs in Fars province were selected via stratified sampling and their performance was investigated. The data were collected using FPs performance questionnaire that included five domains, namely, management, performance, contract guidelines, community involvement, and outcomes. Then, the data were entered into the SPSS statistical software, version 19, and were analyzed using *t*-test, ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. **Results:** Among the 52 FPs under study, 56.9% were male and 43.1% were female. The lowest and highest scores were related to community involvement (3.93 ± 0.81) and outcomes (23.52 ± 3.04), respectively. The results showed significant relationships between most domains ($P < 0.05$). However, no significant correlation was found between gender and different domains ($P < 0.05$). **Conclusion:** Considering diverse activities done by FPs, the wide area of our country, and issues related to increasing satisfaction among physicians and individuals covered by the program, further researches are required in this area.

Keywords: Evaluation, family physician, performance

- ۱-مقدمه: ارزیابی نحوه عملکرد پزشکان خانواده و نقاط ضعف و قوت آن
- ۲- روش کار: ۵۲ نفر از پزشکان خانواده روستایی، اطلاعات پرسشنامه عملکرد در ۵ حیطه مدیریت، عملکرد، قرارداد دستورالعمل، مشارکت جامعه و نتایج را تکمیل نمودند
- ۳- یافته ها:
(الف) کمترین نمره مربوط به مشارکت جامعه و بیشترین نمره در حیطه نتایج بود.
(ب) بین اکثر حیطه ها ارتباط معناداری مشاهده گردید.
- ۴- کلید واژه ها: ارزیابی، پزشک خانواده، عملکرد

روش کار

روش کار

۱- انتخاب ۵۲ نفر از ۲۶۰ نفر پزشکان عمومی شاغل در برنامه پزشک خانواده روستایی به شیوه طبقه ای متناسب

در نمونه گیری تصادفی طبقه ای، واحدهای جامعه مورد مطالعه در طبقه هایی که از نظر صفت متغیر همگن تر هستند، گروه بندی می شوند. به این ترتیب تغییرات در درون گروه ها حداقل می شود. در نمونه گیری طبقه ای حجم نمونه n را به شیوه های مختلف می توان میان طبقات تقسیم کرد. ساده ترین شیوه تقسیم مساوی تعداد نمونه میان طبقات است. سایر شیوه ها شامل انتساب بهینه و انتساب متناسب می باشند.

روش کار

۲- تکمیل پرسشنامه ویژه
ارزیابی پزشکان خانواده

۳- گردآوری داده ها، انجام
آزمون های آماری توصیفی،
تی تست، آنالیز واریانس
یک طرفه و ضریب همبستگی
پیرسون با نرم افزار
SPSS19

پرسشنامه ارزیابی پزشکان خانواده

- عملکرد (مدیریت عملکرد و عملکرد فنی)
- آیا پرسنل برابر تقسیم کار صورت گرفته، انجام وظیفه می کنند؟

- مدیریت (تحلیل وضعیت موجود و برنامه عملیاتی)
- آیا مشکلات سلامتی منطقه الویت بندی شده است؟

- دستورالعمل
- آیا پزشک ساعت کار را طبق قرارداد رعایت میکند؟

- مشارکت
- آیا درباره نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات و خودرو) از طریق جلب مشارکت های مردمی اقدامی انجام می دهد؟ آیا پزشک جلسات هیات امنای روستایی را به صورت ماهانه انجام می دهد؟
- نتایج (شاخص های فنی، شاخص های پشتیبانی و رضایتمندی)
- رضایت مردم و رضایت پرسنل

نتائج

نتایج

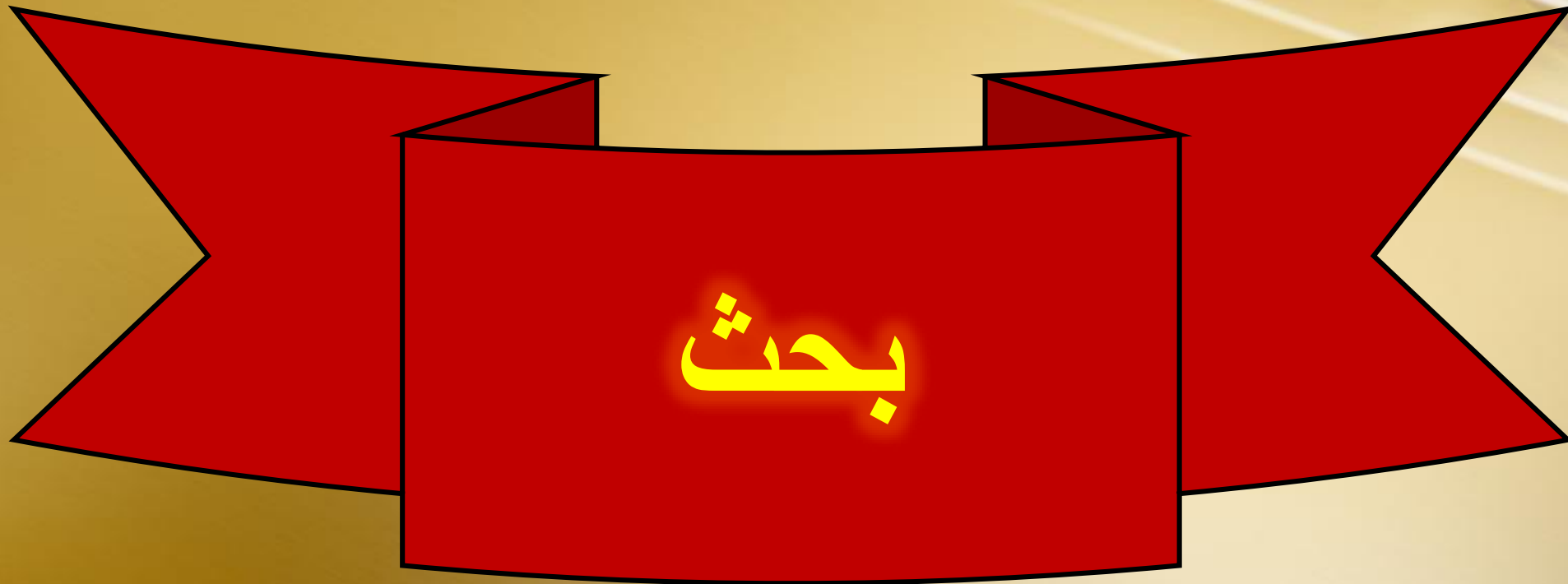
بالاترین میانگین نمره مربوط به حیطه نتایج و کمترین نمره مربوط به حیطه مشارکت

رضایت مردم از پزشکی خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۰ درصد بود

در حیطه های مختلف اختلاف آماری معنی داری بین شهرستان های استان وجود داشت

Table 3: The mean scores of various domains based on gender

Domains	Gender		<i>P</i>
	Male Mean±SD	Female Mean±SD	
Management	17.81±1.56	16.89±2.02	0.583
Performance	22.09±3.66	22.13±4.00	0.966
Contract and regulations	19.5±3.39	19.48±3.08	0.985
Community participation	4.06±0.76	3.83±0.84	0.332
Outcomes	23.73±2.29	23.36±3.54	0.676
Total	87.37±8.51	85.73±9.93	0.537



بحث

- در بررسی ارتباط بین جنسیت با ۵ حیطه مختلف رابطه معناداری مشاهده نشد.
- بین شهرستان های محل خدمت با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه های مختلف رابطه معنادار بود.
- می تواند به علت بافت فرهنگی و میزان همبستگی اجتماعی و تمایل به مشارکت اجتماعی متفاوت در شهرستان های مختلف باشد

نقد و بررسی

۱. روش نمره دهی در پرسشنامه به صورت ناقص توضیح داده شده و ماکزیمم و مینیمم نمره عنوان نشد.
۲. هدف این مطالعه ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده با استفاده از پرسشنامه بود اما هیچ اشاره ای به روایی و پایایی پرسشنامه و طبقه بندی امتیاز نهایی بدست آمده از آن نشده است.
۳. با توجه به موضوع حقوق و دستمزد، بهتر بود در پرسشنامه به میزان رضایت پزشکان خانواده از حقوق به عنوان عاملی مهم در عملکرد آنان پرداخته شود.
۴. در مطالعه ی دیگری نشان داده شد که ۶۵ درصد پزشکان از نحوه پرداخت حقوق ناراضی بودند

نقد و بررسی

محدودیت برای انتخاب پزشک خانواده و ازدحام بیش از حد درمانگاه های دولتی از جمله عوامل نارضایتی مردم بوده است.

همچنین رعایت نکردن ساعات کاری موظف توسط برخی از پزشکان خانواده و نبود پزشک جایگزین موجب کاهش کیفیت خدمات جمعیت تحت پوشش مراکز شده است.

در اجرای برنامه پزشک خانواده فرهنگ سازی مناسبی صورت نگرفته است. و مردم دانش پزشکان عمومی را کافی ندانسته و موجب شده سیستم ارجاع رعایت نشود.

- 1- Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, Dadashi A, Nahimi Tabihi M. Evaluation of the referral system situation in family physician program in northern provinces of Iran: 2012-2013. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014 Feb 15;23(109):27-35.
- 2- Abedi G, Esmaeili Seraji Z, Mahmoodi G, Jahani MA, Abbasi M. Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2020 Mar 10;22(1):126-34.
- 3- Kashfi SM, Yazdankhah M, Kashfi SH, Jeihooni AK. The performance of rural family physicians in Fars province, Iran. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019 Jan;8(1):269.
- 4- Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, Mahmoodi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran. Journal of healthcare management. 2017 Nov 22;8(no3):85-93.



با تشکر از توجه شما